

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1902-1903 — N° 42

DE LA

BLENNORRAGIE CHRONIQUE

De la Prostate

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 8 Décembre 1902

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Léon ÉTIENNE

ÉLÈVE DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE DE LYON

Né à Paris, le 31 Mars 1879



LYON

IMPRIMERIE MOUGIN-RUSAND, WALTENER & C^{ie} SUCCESEURS

3, rue Stella, 3

—
1902

DE LA
BLENNORRAGIE CHRONIQUE
De la Prostate

Et

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1902-1903 — N° 42

DE LA

BLENNORRAGIE CHRONIQUE

De la Prostate

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 8 Décembre 1902

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Léon ÉTIENNE

ÉLÈVE DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE DE LYON

Né à Paris, le 31 Mars 1879



LYON

IMPRIMERIE MOUGIN-RUSAND, WALTENER & C^{ie} SUCCESSEURS

3, rue Stella, 3

—
1902

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET.	DOYEN.
LACASSAGNE	ASSESEUR.
CROLAS.	QUESTEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PAULET, CHAUVEAU

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales	BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements.	BARD.
Clinique ophtalmologique	PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	JABOULAY.
Clinique des maladies mentales	FOCHIER.
Clinique des maladies des enfants	GAYET.
Physique médicale	GAILLETON.
Chimie médicale et pharmaceutique	PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie	WEILL.
Matière médicale et Botanique	MONOYER.
Parasitologie	HUGOUNENQ.
Anatomie	CAZENEUVE.
Anatomie générale et Histologie.	FLORENCE.
Physiologie.	LORTET.
Pathologie interne	TESTUT.
Pathologie externe.	RENAUT.
Pathologie et Thérapeutique générales	MORAT.
Anatomie pathologique	TEISSIER.
Médecine opératoire	AUGAGNEUR.
Médecine expérimentale et comparée.	MAYET.
Médecine légale	TRIPPIER.
Hygiène	POLLOSSON (M.)
Thérapeutique.	ARLOING.
Pharmacologie	LACASSAGNE.
	COURMONT (J.)
	SOULIER.
	CROLAS.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des maladies des femmes	MM. POLLOSSON(A.) agrégé
Maladie des voies urinaires	CHANDELUX, —
Maladies des oreilles, du nez et du larynx.	LANNOIS, —
Propédeutique médicale	ROQUE, —
Propédeutique chirurgicale	ROLLET, —
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN, —
Anatomie pathologique	DEVIC, —
Physiologie.	DOYON, —
Accouchements	FABRE, —
Botanique	BEAUVISAGE, —

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
ROUX.	SIRAUD.	BÉRARD.	VILLARD.
COLLEL.	DURAND.	SAMBUÇ.	TIXIER.
BOYER.	PIC.	BORDIER.	FABRE.
BARRAL.	PAVIOT.	COURMONT (P.).	REGAUD.
MOREAU.	NOVÉ-JOSSERAND.	CHATIN.	CAUSSE (Ch.).
VALLAS.			

M. BEAUDUN, Secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. GAILLETON, Président; M. LANNOIS, Assesseur;
MM. PAVIOT et VILLARD, Agrégés.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR GAILLETON

MON PRÉSIDENT DE THÈSE

INTRODUCTION

Le titre que nous avons choisi pour ce modeste travail indique suffisamment, ce nous semble, le sujet que nous voulons envisager, et il ne nous sera point nécessaire d'insister longuement.

Nous n'avons pas l'intention de reprendre l'histoire complète des Prostatites ; et, laissant de côté toutes les affections de la prostate liées à des influences arthritiques, herpétiques et scrofuleuses (Ledwich, 1857) gouteuses (Harrisson, 1893), à des lésions médullaires plus ou moins bien déterminées (Gross, de Philadelphie, 1860), à des hémorroïdes (Périvier, Thèse de Paris, 1872) à des varicocèles (Campbell Black) à une constipation excessive (Bouloumié, Pathogénie des Prostatites, Paris, 1874) ; laissant aussi de côté les complications aiguës et les abcès de la prostate, nous considérerons simplement les lésions chroniques, liées à une blennorrhagie ancienne et capable d'entretenir une goutte militaire.

Après avoir précisé quelques points d'étiologie et de diagnostic, nous insisterons surtout sur le traitement rationnel tel que nous l'avons pratiqué systématiquement à la Clinique de l'Antiquaille ; nous dirons les résultats obtenus.

La première idée de ce travail revient à M. le Dr Carle, ancien chef de Clinique à l'Antiquaille ; nous n'oublierons jamais sa très gracieuse amabilité, et c'est pour nous un plaisir en même temps qu'un devoir, de lui adresser nos plus vifs remerciements.

Qu'il nous soit aussi permis de remercier M. le Professeur Gailleton, du très grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.

CHAPITRE PREMIER

Historique

Ce n'est qu'au début du xix^e siècle que l'on commence à acquérir quelques notions sérieuses sur la prostatite chronique : au xviii^e siècle, elle est à peu près totalement inconnue.

Ce n'est pas cependant que les auteurs plus anciens n'en aient fait aucune mention dans leur écrits ; dès le xiv^e et xv^e siècle, dans les descriptions de la « maladie vénérienne » on peut retrouver bien des signes des uréthro-cystites et des prostatites chroniques (Wood, Guy Chauliac, Paracelse) En 1643, Germain Usay, de Toulouse, dans son traité de la maladie vénérienne, émet l'idée qu'« un ferment pénétrant dans le conduit de la verge peut pénétrer jusqu'aux prostates et parastates et y causer une inflammation et acrimonie. »

Mais toutes ces données ne sont que très vagues, car, à cette époque, on ne connaît pas encore la blennorrhagie

que l'on confond avec la syphilis sous le titre commun de « maladie vénérienne. »

Il faut arriver jusqu'à la fin du XVIII^e siècle pour voir, avec les travaux de Hunter, se débrouiller cette question jusque là si complexe.

Au commencement du XIX^e siècle, Swediaur (1) étudie les divers liquides émis par le canal et distingue la prostatorrhée de la spermatorrhée.

En 1815, Lagneau étudie les complications de la blennorrhagie et fait une place importante aux prostatites.

En 1838, Verdier, dans sa thèse, étudie la prostatite chronique et le premier en établit l'anatomie pathologique, d'après un certain nombre d'autopsies ; mais certains des cas qu'il décrit semblent être plutôt des hypertrophies de la prostate, que de véritables prostatites chroniques.

Velpeau en 1842, Béraud en 1857, Civiale en 1858, répètent les descriptions de Verdier.

La forme aiguë et l'abcès sont dans ces descriptions et dans les suivantes bien individualisées, mais la forme chronique n'est pas nettement attribuée à sa véritable cause, et rentre encore dans les manifestations des diathèses arthritique et scrofuleuse.

Malgré toutes ces publications, la question n'a cependant pas fait de grands progrès, si bien qu'en 1880, Campenon peut écrire dans le *Dictionnaire* de Jaccoud « L'histoire de la prostatite chronique est encore tout entière à faire. »

Cette histoire s'établit et se précise enfin sous

(1) SWEDIAUR, — *Traité des maladies vénériennes*, 1809.

l'influence de l'école de Guyon, en France, de Thompson, en Angleterre (1881) de Watson, en Amérique (1885), de Finger, en Allemagne (1885). L'anatomie pathologique, les symptômes, le diagnostic de la prostatite chronique sont d'ores et déjà bien connus; le traitement va dès lors attirer à peu près à lui seul l'attention des cliniciens qui s'occuperont de cette question.

Déjà quelques indications thérapeutiques avaient été données par Chéron et Moreau-Wolf (1), qui étudient le traitement par l'électricité, par Foltz (2), qui signale les bons résultats donnés par les lavements froids, par Diday qui pose les règles de la méthode des lavages.

Mais le véritable traitement rationnel est de date beaucoup plus récente. Thure-Brandt le premier en 1881 indique le massage de la prostate.

Le 17 mars 1892, Ebermann lit à la société de médecine de Saint-Petersbourg une intéressante communication sur le massage de la prostate.

Schlifka (3), en 1893 rapporte 4 observations de malades atteints de prostatite chronique améliorés par ce traitement.

Felecki (4), en 1895, publie un travail sur le traitement de la prostatite chronique par le massage; Rosenberg (5) en 1896, écrit un article sur le même sujet.

En 1899, Aubry (6), fait une excellente thèse sur le

(1) MOREAU-WOLF et CHÉRON. — Des services que peuvent rendre les courants électriques dans l'engorgement de la prostate, 1869.

(2) FOLTZ. — *Lyon Médical*, 1875.

(3) SCHLIFKA. — *Wiener medicinische Wochenschrift*, 1893.

(4) FELECKI. — *Centralblatt für Harn und sex. Org.* 1895.

(5) ROSENBERG. — *Centralblatt für Harn und sex. Org.* 1896.

(6) Voir observations.

massage de la prostate qu'il emploie, il est vrai, dans des cas très différents (postatites subaiguës et chroniques, hypertrophie de la prostate).

En 1900, au Congrès urologique, Hogge (de Liège) préconise le traitement de la prostatite chronique par le massage. Au même congrès, Castan (de Béziers) rapporte deux observations de prostatites chroniques guéries par ce traitement.

En 1901 enfin, le Docteur Carle, (1) chef de clinique à l'Antiquaille pose d'une façon très précise les règles du traitement de la prostatite chronique par le massage de la prostate,

(1) D^r CARLE. — Du traitement de la Goutte militaire. *Lyon Médical* 1^{er} et 8 décembre 1901.

CHAPITRE II

Étiologie

Avant d'entreprendre l'étude des causes qui donnent naissance aux prostatites chroniques, il est nécessaire de dire, au début de ce chapitre, la fréquence des localisations de la blennorragie à la prostate.

Tous les médecins qui s'occupent des maladies des voies urinaires savent le nombre considérable de ceux qui viennent se plaindre de gouttes militaires persistantes et rebelles à tout traitement ; tous savent aussi combien souvent la prostate est la cause unique de ces désordres ; le toucher rectal pratiqué plus fréquemment ferait encore découvrir un nombre plus considérable de prostatiques chez les vieux blennorragiens.

C'est du moins l'opinion de ceux qui, dans les cliniques, pratiquent systématiquement le toucher rectal chez tous les malades atteints de blennorragie chronique.

Fezzoli (1) admet que la prostatite est une complication à peu près constante de la blennorrhagie.

Casper (2), dans 80 pour 100 des cas d'urétrite chronique trouve la prostate malade.

Montagnon (3) pratique systématiquement le toucher rectal chez 100 blennorragiens, à différentes périodes de la maladie; 70 fois il trouve la prostate prise; 30 fois seulement elle est indemne.

Franck de Berlin donne encore des chiffres* plus élevés; au Congrès de 1900, il dit avoir retrouvé cette complication 210 fois sur 210 cas par lui examinés.

Telle est aussi l'idée que nous a laissée notre séjour à l'Antiquaille. C'est ainsi qu'en quelques mois, nous avons pu traiter nous-même 16 malades atteints de blennorrhagie chronique de la prostate; nous avons vu d'autre part, beaucoup d'autres malades que, pour diverses raisons, il nous a été impossible de suivre. Nous croyons pouvoir dire qu'environ chez 80 pour 100 des malades atteints de goutte militaire; chez qui nous avons pratiqué le toucher rectal, nous avons trouvé une prostate malade.

Quelles causes donc donnent naissance à cette affection si fréquente?

Ces causes, pour nombreuses qu'elles soient, semblent cependant pouvoir se classer assez facilement,

(1) FEZZOLI. — Zur Histologie des blennorrhagischen Eiters. *Archiv. für Dermat. u. syph.* XXXIV, p. 39.

(2) CASPER. — *Berl. Klin. Wochenschr.* 1900, n° 22, p. 482.

(3) MONTAGNON, interne des Hôpitaux de Lyon. — Fréquence des localisations prostatiques dans la blennorrhagie. (Mémoire lu à la Société des Sciences médicales de Lyon).

et se rapporter à deux chefs : l'urétrite chronique d'une part, la congestion de la prostate, de l'autre.

Chez tous les malades, en effet, porteurs de lésions prostatiques on trouve un certain degré d'urétrite chronique postérieure; c'est le chemin tout naturel suivi par l'infection pour atteindre la prostate; et si, au moment où survient l'urétrite postérieure, la prostate se trouve être en état de moindre résistance, la prostatite chronique ne tarde pas à s'installer: ce qui, au début n'était que congestion devient rapidement inflammation.

Il devient dès lors nécessaire que nous indiquions quelles causes peuvent engendrer et l'urétrite chronique postérieure et la congestion de la prostate. Nous poserons pour ainsi dire, de cette façon, les bases du traitement prophylactique de l'affection dont nous indiquerons plus loin le traitement curatif.

L'urétrite postérieure est loin d'être rare, même au début de la blennorrhagie.

Eraud (1) dit même que l'urétrite postérieure est la règle dans toutes blennorrhagies, au moins à un moment donné de leur évolution.

Colombini (2) établit la statistique suivante : il note l'extension de la blennorrhagie à l'urètre postérieur :

Dans la 1^{re} semaine dans 39,7 pour 100 des cas

»	2 ^e	»	65	»
»	3 ^e	»	62,15	»
»	4 ^e	»	84	»

(1) ERAUD. — De l'urétrite post. simple ou compliquée. *Lyon médical*, 1885.

(2) D^r P. COLOMBINI. — Morgagni. 1897, n° 7.

Ces urétrites sont souvent produites par des défauts de traitement, des écarts de régime et plus souvent encore par un traitement mal dirigé, par des injections intempestives, en particulier.

Cette idée à laquelle on semble beaucoup se rattacher aujourd'hui n'est cependant pas nouvelle. Civiale (1) avait déjà fait remarquer que « beaucoup de malades qui éprouvent des désordres de la prostate et des organes génito-urinaires voisins du col vésical, avaient fait usage d'injections irritantes dont les effets sur la prostate se prononçaient quelquefois d'une façon immédiate. »

Puis la méthode des injections est devenue à la mode, et, comme toujours, on est allé dans cette voie beaucoup trop loin ; de sorte qu'aujourd'hui une réaction très importante se fait et qu'on revient un peu aux méthodes anciennes, rejetant surtout les injections du début.

C'est ainsi que Finger (2) qui a « comparé les résultats que donne le traitement par les injections pratiquées dès le début à ceux donnés par les injections tardives, rejette absolument la première manière d'agir. »

Dans le même sens, Montagnon (3) a vu dans plusieurs de ses observations que des injections faites prématurément ou mal ont joué un rôle manifeste dans l'irritation des parties profondes.

A côté des injections prématurées, les rétrécisse-

(1) CIVIALE. — *Traité des maladies génito-urinaires*, t. II, p. 329.

(2) FINGER. — Thèse de Witanof, Paris, 1896.

(3) MONTAGNON. — *Loco citato*.

ments jouent un rôle important dans la genèse de la blennorrhagie chronique de la prostate. Leur influence signalée depuis longtemps (Voillemier, Desnos, Thompson) a été bien étudiée par Albarran (1) qui montre leur fréquence et insiste sur ce fait que le retrécissement n'a pas besoin d'être très serré pour produire derrière lui de graves désordres.

L'importance de ces retrécissements est d'autant plus grande qu'ils semblent être une des causes, à la fois de la chronicité de l'urétrite postérieure et de la congestion de la prostate — de l'urétrite, en maintenant les exsudats dans l'urètre postérieur, et en rendant plus difficile le traitement des lésions qui siègent à ce niveau souvent même au début de la blennorrhagie — de la congestion, comme le montre Albarran, en rendant plus difficile la miction qui devient ainsi un traumatisme répété.

Quant à la congestion de la prostate, ses causes sont nombreuses. Souvent, c'est une congestion de voisinage dont le point de départ est la vessie ; il n'est pas rare de voir une cystite calculeuse donner naissance à un degré accentué de congestion prostatique ; que, sur ces entre-faites, le gonocoque fasse son apparition, une prostatite s'ensuivra presque fatalement. Dans le même sens, agissent par congestion de voisinage les inflammations de l'anus, du rectum, de la fosse ischio-rectale, les hémorroïdes (Périvier), la constipation opiniâtre.

D'autres causes agissent par congestion directe de l'organe, parmi lesquelles nous devons placer en pre-

(1) ALBARRAN. — *Loco citato*,

mière ligne les excès sexuels. les écarts d'une vie génitale mal réglée ; on a coutume de citer comme particulièrement dangereux, la reprise du coït à la fin d'une blennorragie, bien que le rôle du coït, dans ces conditions, ne soit pas encore bien déterminé. M. Mercier, cité par Picard, rapporte en effet l'observation d'un jeune homme qui ne fut guéri qu'après avoir repris et répété assez fréquemment les rapports sexuels interrompus depuis longtemps.

Dans le même ordre d'idées, on peut ranger la masturbation que M. Deslandes (1) regarde comme une cause fréquente de désordres prostatiques.

Signalons enfin, pour être complet, l'influence de la fatigue, des marches prolongées (2) (prostatite des soldats), des exercices violents, tels que l'équitation et la bicyclette.

Toutes ces causes, susceptibles de déterminer l'urétrite postérieure, d'une part, la congestion prostatique, de l'autre, donnent une idée suffisante de la genèse des lésions de la blennorragie chronique de la prostate, lésions que nous allons examiner rapidement.

(1) DESLANDES. — *De l'onanisme*, 1837, p. 297.

(2) BÉGIN, cité par PHILLIPS, 1860.

CHAPITRE III

Anatomie Pathologique et Bactériologie

Nous ne voulons pas décrire l'anatomie et l'histologie normales de la prostate ; rappelant simplement que c'est un organe composé d'un tissu glandulaire et d'un tissu connectif, que c'est un organe contractile dont les éléments musculaires sont sous la dépendance des nerfs érecteurs (1), nous insisterons sur un point plus important dans l'histoire de la prostatite chronique, c'est la présence de petits sphincters musculaires disposés autour de l'ouverture des glandes dans l'urètre (2).

La contraction de ces sphincters sous l'influence de l'inflammation de la muqueuse urétrale s'oppose à l'évacuation des cavités glandulaires et entraîne par conséquent la stagnation des sécrétions normales dans la glande, d'où formation de dilatations glandulaires, où

(1) MISLAWSKY et BORMANN. — *Centralblatt f. Physiologie*, 1898.

(2) GUÉPIN. — *Tribune médicale*, 1900.

végètent, dans les meilleures conditions possibles, les bactéries venant de l'urètre-malade.

Les lésions dès lors augmentent rapidement ; les cavités glandulaires sont remplies par l'épithélium qui prolifère et auquel se joignent de nombreux leucocytes, qui envahissent aussi le tissu interstitiel.

La prostate étant, en effet, composée d'un tissu glandulaire et d'un tissu connectif, il est clair que ces deux éléments peuvent être touchés par l'inflammation ; mais lorsque l'un des deux éléments est malade, l'autre ne reste pas longtemps sain et la prostatite est toujours mixte, avec prédominance de l'inflammation sur l'un ou l'autre élément.

Par la pratique du massage, on constate d'ailleurs, comme le fait remarquer Keersmæcker (1) que les différents aspects sous lesquels se présente l'organe, se réduisent à deux types :

1^o Glande très volumineuse, mollasse, de consistance uniforme, avec douleur à la pression peu marquée ; le massage dans ce cas exprime un liquide assez abondant ;

2^o Augmentation de volume moindre ; consistance inégale avec noyaux indurés très douloureux à la pression ; le liquide sécrété est rare, parfois même on n'en exprime pas directement ; par contre on trouve de nombreux filaments dans les urines.

Dans le premier cas, l'inflammation du tissu glandulaire l'emporte sur celle de l'élément interstitiel ; le contraire a lieu pour le second cas.

(1) D^r DE KEERSMÆCKER (Anvers). — *Annales de la Société belge de chirurgie*, 15 avril 1895.

Les autopsies très peu nombreuses ne permettent pas de décrire d'une façon parfaite les lésions macroscopiques et microscopiques qui constituent la blennorrhagie chronique de la prostate; voici cependant à ce sujet, ce que disent les classiques. (1)

A la coupe de la prostate, on voit que le tissu normal est remplacé par un tissu aréolaire lacunaire, formé par des trabécules anastomosées dans tous les sens et circonscrivant des aréoles d'un volume variable; dans les tractus fibreux, fréquemment on rencontre de petits kystes, tout ce tissu étant imprégné d'un liquide visqueux, et certaines aréoles devenues des cavernules, remplies de muco-pus.

Au point de vue microscopique, on note des lésions glandulaires et des lésions interglandulaires. Comme lésions glandulaires, c'est d'abord la prolifération de l'épithélium des culs-de-sac, qui remplit la cavité glandulaire, et auquel se joignent de nombreux leucocytes, puis c'est la destruction suppurative et la disparition de cet épithélium. Comme lésions interglandulaires, c'est d'abord une infiltration leucocytaire du tissu interstitiel puis c'est l'apparition d'une sclérose, péri-acineuse d'abord, s'étendant ensuite en bandes fibreuses qui parcourent la prostate en tous sens et délimitent les aréoles dont nous avons parlé plus haut; lésions en somme toutes simples et d'ordre banal.

Quant aux agents pathogènes, causes de tous ces désordres, ils sont nombreux, la part du gonocoque n'étant pas, comme on pourrait le croire tout d'abord, toujours prépondérante.

(1) VOÛLLEMIER et Le DENTU, 1881.

Cette recherche microbiologique doit être faite avec certaines précautions ; il est en effet indispensable que l'on sache d'une façon exacte si le pus examiné vient bien de la prostate, et pour cela, il faut de toute nécessité débarrasser l'urètre des sécrétions qu'il pourrait contenir,

On commence donc par faire uriner le malade, ce qui assure déjà un premier nettoyage du conduit urétral ; puis on fait un grand lavage uréthro-vésical avec une solution faite de permanganate de potasse, par exemple ; le malade rejette ce lavage, et si le liquide ne ressort pas absolument clair, on recommence un second lavage. A ce moment on exprime la prostate par massage rectal, accumulant de cette façon dans l'urètre prostatique les sécrétions qui pouvaient se trouver dans les culs-de-sac glandulaires.

Une sonde à boule olivaire de Guyon est alors poussée doucement dans l'urètre, jusque dans le cul-de-sac prostatique ; le pus ramené par cette sonde viendra évidemment de la prostate et sera examiné microscopiquement.

On trouve assez rarement le gonocoque dans le pus ainsi obtenu, comme d'ailleurs dans le pus urétral des vieilles blennorragies, ce qui ne veut pas dire toutefois que le gonocoque ne soit pas la cause de l'affection, ou au moins ne fasse pas partie de la flore urétrale et prostatique ; il arrive en effet souvent que l'on fait chez un même malade plusieurs examens négatifs, et qu'une dernière recherche donne des résultats positifs. C'est ce qui explique probablement les résultats si différents donnés par les auteurs. C'est ainsi que :

Cohn (1) étudie 30 cas d'urétrite postérieure et de prostatique chronique et trouve :

- 1 fois le gonocoque.
- 11 — des staphylocoques.
- 3 — le streptocoque.
- 1 — le coli-bacille.
- 2 — des diplocoques.
- 1 — des bactéries indéterminées.

Krogius (2) dans 12 cas de prostatite chronique n'a trouvé que des staphylocoques.

Finger (3) dit que le gonocoque est quelquefois le microbe pathogène de l'infection glandulaire, mais que dans la plupart des cas, il s'agit d'une infection secondaire post-gonococcique.

Une statistique toute différente est celle établie par Franck de Berlin; elle porte sur 210 cas, et donne les résultats suivants :

Gonocoques	179
Autres, staphylocoques, streptocoques	20
Leucocytes sans microbes	11

En somme, quels que soient les agents pathogènes, et quelles que soient les causes qui donnent des résultats si différents, la prostate est envahie de la même façon; cédant quand elle se trouve en état de moindre résistance (4), elle offre les mêmes lésions se manifestant par les mêmes symptômes.

(1) COHN. — *Centralblatt für Harn und sex. org.*, 1898, p. 229.

(2) KROGIUS. — Article de Gassmann. *Annales génito-urinaires*. Février 1900.

(3) FINGER. — *Centralblatt für Harn und sex. org.*, 1893, p. 117.

(4) GUÉPIN. — *Tribune médicale*, 24 janvier 1900.

CHAPITRE IV

Symptômes

Le malade, qui vient réclamer des soins en accusant les symptômes que nous allons énumérer et qui permettent de diagnostiquer une blennorrhagie chronique de la prostate, est ordinairement un vieux blennorrhagien ayant eu une ou plusieurs chaudepisses, qu'il a soignées tant bien que mal, plutôt mal; jamais complètement guéri, il ne souffre plus, mais a toujours une goutte matinale, qui disparaît presque quelquefois, augmente au contraire sous l'influence d'excès de boissons.

C'est, fatigué par la persistance de cet état, ou préoccupé par l'apparition d'un nouveau symptôme, la douleur, qu'il se décide à quitter le pharmacien qui le soignait jusqu'alors et à voir le médecin.

Cette douleur affecte des formes essentiellement variables; tantôt c'est une douleur sourde, ou plutôt une sensation de pesanteur dans le périnée, avec irradia-

tions vers les lombes et les cuisses. Deniau (1) a constaté dans un cas de l'hyperesthésie de la peau au niveau de la région lombaire droite et de la région fessière du même côté.

Tantôt c'est encore une douleur peu accentuée, se manifestant à l'occasion de la miction ; c'est une sensation de chaleur au passage du jet pendant la miction concentrée du matin.

C'est souvent une douleur plus intense, une sorte de brûlure, survenant au moment de l'éjaculation qui devient pénible et fait redouter le coït.

Assez fréquemment enfin, le malade souffre pendant la défécation ; ce phénomène, que l'on décrit habituellement sous le nom de « sensation de corps étranger dans l'anus » est quelque chose de bien spécial et pourrait presque à lui seul permettre de porter le diagnostic ; le malade est un constipé, et chaque fois qu'il va à la selle, il lui semble qu'il a dans l'anus un bol fécal dur et volumineux difficilement expulsable.

A côté de la douleur, nous devons signaler dans l'ordre des symptômes subjectifs, des troubles du côté de la miction, des fonctions sexuelles, de la défécation.

Les troubles urinaires sont peu marqués et consistent simplement en des mictions fréquentes et impérieuses ; c'est-à-dire que le malade est à peu près incapable d'arrêter une miction commencée ou qui va commencer. Un autre signe, indiqué par Tilden et Watson, se retrouve cependant quelquefois ; c'est l'impossibilité d'uriner au moment où le besoin s'en

(1) DENIAU. — Thèse de Paris, 1865.

fait sentir ; le malade est obligé d'attendre un instant, il est atteint de bégaiement urinaire.

Du côté des fonctions génitales, on note une diminution de la puissance sexuelle, qui se trouve parfois presque complètement abolie ; les érections sont incomplètes, les éjaculations trop rapides et le sperme est souvent teinté de sang.

La défécation est souvent troublée, et, outre la constipation et la douleur que nous avons mentionnées plus haut, il est un phénomène qui attire très vivement l'attention du malade : au moment du passage du bol fécal, il voit sortir par le méat, sous forme de jet brusque, quelques gouttes d'un liquide épais, blanchâtre ou blanc jaunâtre, possédant l'odeur spermatique et empesant le linge. Cet écoulement, que l'on décrit sous le nom « d'éjaculation prostatique » et que le malade prend habituellement pour une perte de sperme est à peu près pathognomonique de la prostatite chronique.

La fréquence des mictions, l'écoulement intermittent au moment de la défécation et surtout la diminution de la puissance sexuelle affectent profondément le malade et le conduisent souvent à un degré avancé de neurasthénie, allant même parfois jusqu'aux idées de suicide. Nous avons en particulier rencontré cet état neurasthénique très marqué chez deux de nos malades, dont nous rapportons plus loin les observations.

C'est, guidé par cet ensemble symptomatique, que le médecin pense à la possibilité de lésions des organes génito-urinaires profonds, et qu'il examine en particulier la prostate. Pour ce faire, deux voies s'offrent à

lui, une voie antérieure, et une voie postérieure. l'urètre et le rectum.

Le cathétérisme, que l'on pratique, au moyen de la sonde à boule olivaire de Guyon, n'a rien d'absolument caractéristique; on dit ordinairement qu'il y a une sensibilité exagérée de la région prostatique, et que la boule exploratrice ramène un peu de pus de l'urètre postérieur. Mais ces données sont vagues et n'affirment guère qu'une urétrite postérieure. Plus importantes seraient les sensations éprouvées par la main qui guide le cathéter; on choisit une sonde de calibre moyen, n° 15 environ de la filière Charrière, et on pousse doucement dans l'urètre. Normalement, la main perçoit très nettement un ressaut produit par l'olive qui franchit l'aponévrose moyenne; puis la sonde se trouve libérée et glisse facilement; quelquefois au contraire on éprouve une sensation de constriction pendant toute la traversée de l'urètre postérieur; cette modification semble due très vraisemblablement à l'hypertrophie de la prostate. Le cathétérisme permet d'autre part d'apprécier le ou les rétrécissements qui peuvent siéger à différents niveaux dans l'urètre, et c'est là un point d'une importance capitale pour le traitement, ainsi que nous le verrons dans ce chapitre.

L'examen endoscopique a été essayé, mais sans résultats : Goldberg et Gussmann cependant ont donné la congestion et l'œdème du veru montanum comme un signe de prostatite; peut-être ne faut-il voir là que des lésions d'urétrite?

Bien plus précieux sont les résultats obtenus par le toucher rectal, bien qu'à ce sujet les avis soient assez

différents; car, tandis que Thompson prétend que l'atrophie de l'organe est la règle, qu'Harrisson la considère comme possible, Guyon et Albarran affirment avoir toujours rencontré une hypertrophie plus ou moins marquée; c'est cette opinion que l'on peut prendre comme règle, et c'est, en effet, une prostate grosse que l'on rencontre dans la très grande majorité des cas. Le toucher rectal donne des renseignements très précis sur la sensibilité, le volume et la consistance de la glande.

La sensibilité à la pression est toujours augmentée; dans la plupart des cas même, l'extrémité du doigt qui appuie sur l'organe y détermine une véritable douleur qui, tantôt reste localisée au point exact où s'exerce la pression, tantôt se fait sentir dans toute la glande, se propage le long de la verge et s'irradie jusqu'au gland; ordinairement cette douleur n'est pas très intense; lorsque parfois, une pression même modérée du doigt est intolérable, on est presque en droit de conclure qu'on se trouve en présence, non pas de phénomènes chroniques, mais subaigus.

L'augmentation de volume est extrêmement variable; tantôt considérable, tantôt à peine marquée; portant souvent uniformément sur la glande entière, n'intéressant parfois qu'un seul lobe, et même une partie d'un lobe. Montagnon(1) examinant 70 prostatiques a trouvé :

Le lobe gauche hypertrophié.....	20	fois
» droit	»	 3 »
» moyen	»	 4 »
La glande entière	»	 43 »

(1) MONTAGNON. *Loco-cit.*

Chez les malades que nous avons soignés, nous avons trouvé :

Le lobe gauche hypertrophié.....	5 fois
» droit »	5 »
La glande entière »	6 »

Ces chiffres n'ont pas une importance capitale; nous les donnons seulement pour montrer que souvent l'hypertrophie est localisée, et pourrait passer inaperçue à un examen superficiel.

Quant à la consistance, elle est également variable; c'est, ou bien une glande régulièrement tendue et molle au toucher, ou bien une prostate peu hypertrophiée, où le doigt sent un ou plusieurs noyaux indurés très douloureux à la pression; cette dernière forme qui semble correspondre à l'envahissement surtout du tissu interstitiel est celle que nous avons rencontrée le plus fréquemment.

Lorsque le doigt a recueilli ces sensations que nous venons de décrire, on peut affirmer une prostatite, sans crainte de se tromper, les autres signes ayant au contraire besoin d'être discutés.

CHAPITRE V

Diagnostic et Pronostic

L'étude détaillée des symptômes faite au chapitre précédent nous permettra de ne pas nous appesantir trop longtemps sur le diagnostic.

Nous avons vu que les symptômes fonctionnels, douleurs, troubles des fonctions urinaires et génitales, mettent sur la voie du diagnostic d'une blennorrhagie chronique de la prostate, mais ne permettent pas de l'affirmer.

L'examen de l'écoulement donne-t-il des résultats plus précis, et permet-il de différencier nettement la prostatite chronique des autres affections avec lesquelles on pourrait la confondre?

Certainement, on n'hésitera pas entre une urétrite antérieure aiguë et une prostatite chronique, l'examen le plus superficiel permet de les distinguer; mais on veut parfois établir un diagnostic entre une urétrite antérieure chronique et une prostatite chronique; ceci nous

paraît être purement théorique, car nous n'avons jamais rencontré d'urétrite antérieure chronique sans urétrite postérieure ; nous étudierons plus loin ce diagnostic.

On ne confondra pas non plus les symptômes d'une cystite avec ceux d'une prostatite ; les douleurs vives, les pollakiuries impérieuses, les hématuries, font rapidement le diagnostic de la première affection.

On pourrait être plus embarrassé pour distinguer l'écoulement de la prostate malade de certains écoulements normaux venant de l'urètre et de la prostate.

L'urétrorrhée est un écoulement venant des glandes de Cowper et de Littre, constitué par un liquide transparent et filant, qui apparaît normalement au méat après les érections non suivies d'éjaculation. Ce liquide ne ressemble en rien, comme on le voit, au liquide blanchâtre ou blanc jaunâtre muco-purulent qui apparaît, surtout le matin, dans l'urétrite et la prostatite chroniques.

La prostatorrhée simple peut être aussi facilement distinguée de l'écoulement de la prostate enflammée ; se produisant chez les masturbateurs et les individus pratiquant le coït réservé, elle est constituée par un liquide transparent qui, examiné au microscope, ne laisse voir ni leucocytes, ni corpuscules graisseux ; l'écoulement, en cas de prostatite chronique, contient au contraire de nombreux leucocytes, et souvent des débris de spermatozoïdes. Nous avons décrit au chapitre Bactériologie, le procédé pour obtenir du liquide prostatique pur ; nous ne voulons pas y revenir.

La spermatorrhée se distingue de même rapidement de l'écoulement de la prostatite chronique, par la présence

de nombreux spermatozoïdes doués de mouvement.

Tout cela, on le voit, est assez simple ; bien plus difficile, et même impossible est d'établir le diagnostic entre l'urétrite postérieure chronique et la prostatite chronique.

Certes, si le malade décrit de lui-même le phénomène de l'éjaculation prostatique de Guyon, on pourra conclure à une prostatite chronique ; mais combien ces faits sont peu fréquents !

Dela Grammatica (1) a trouvé ce symptôme une seule fois sur 8 cas de prostatite chronique ; nous l'avons pour notre part rencontré 3 fois sur 16 cas ; un autre de nos malades nous a décrit le phénomène de l'éjaculation prostatique comme survenant à la fin de la miction, lorsqu'il faisait un effort pour expulser les dernières gouttes d'urine.

En l'absence de ce signe, il devient impossible de faire par le seul écoulement le diagnostic de l'urétrite postérieure et de la prostatite chronique. Les caractères tant chimiques que microscopiques, ne donnent rien ; cependant Hugounenq et Eraud (2), examinant l'écoulement des blennorragiens, y trouvent une substance déviant vers la gauche la lumière polarisée, et pensent que cette substance vient de la prostate.

Toutes les expériences que l'on fait habituellement (le malade urine avant et après lavage, dans plusieurs verres que l'on examine minutieusement) ne prouvent

(1) D^r H. DELA GRAMMATICA — Soc. imp. de méd. de Constantinople, 5 mai 1899.

(2) HUGOUNENQ et ERAUD. — *Lyon Médical*, 24 mars 1901, p. 329.

non plus pas grand chose ; ce sont plutôt des considérations théoriques qui les dictent.

Pour nous, le problème semble se poser de la façon suivante, simplifiant d'ailleurs beaucoup la question. Un malade qui accuse une goutte blanchâtre le matin, avec des mictions un peu plus fréquentes et légèrement douloureuses, est d'ores et déjà atteint d'urétrite postérieure chronique ; reste à savoir, si la prostate participe ou non à l'inflammation de l'urètre.

Dans ces conditions, le toucher rectal complète le diagnostic, et donne lui seul des résultats précis.

Tant par ses complications immédiates, que par ses complications éloignées, la blennorragie chronique de la prostate n'est pas une affection absolument bénigne et qu'il faille dédaigner.

Retentissant sur les organes voisins, l'inflammation de la prostate, peut, par lésions des canaux éjaculateurs (1), par inflammation des vésicules séminales (2), aboutir à la stérilité ; fréquemment aussi, elle occasionne des épидидymites à récides fréquentes (3). Enfin elle entretient l'urétrite chronique, de sorte qu'il est impossible de guérir l'urètre enflammé, si on ne s'adresse pas d'abord à la prostate.

Nous avons déjà parlé de l'état neurasthénique dans lequel se trouvent les malades ; nous ne voulons pas y revenir.

D'autre part, la prostatite semble jouer un certain

(1) ALBARRAN, — *Traité de chirurgie* de Le Dentu et Delbet.

(2) Dr WINFELD AYRES. — *New-York med.* 14 mai 1898,

(3) FINGER. — Casuistische Beiträge zur Bedeutung der prostatitis gonorrh. gland. *Archiv. f. dermat. und syph.* 1898.

rôle dans la genèse de l'hypertrophie sénile de la prostate. Nous citerons à ce sujet l'opinion de Guépin (1) :

« Il n'est pas une prostatite, qui ne puisse aboutir à l'hypertrophie, quand l'infection trouve un milieu favorable et des conditions particulières d'ordre général : les causes de la prostate sénile sont donc les prostatites, surtout chroniques. Il en résulte que la prophylaxie de cette affection du vieillard nous impose de chercher à guérir complètement les premières, pour éviter si possible la seconde ».

(1) GUÉPIN. — *Presse Médicale*, 31 mai 1899. p. 208.

CHAPITRE VI

Traitement

Les traitements proposés pour combattre la prostatite chronique sont extrêmement nombreux, et un volume suffirait à peine pour résumer ce qui a été écrit à ce sujet. Nous voulons simplement, après avoir jeté un rapide coup d'œil sur quelques moyens adjuvants, décrire le traitement que nous avons pratiqué à la Clinique de l'Antiquaille.

Sans attribuer au traitement général toute l'influence qu'on lui accordait autrefois, alors que régnaient les idées de diathèse, de scrofule, d'arthritisme, on ne peut cependant le négliger tout à fait; à ce titre, on défendra aux prostatiques les exercices violents et prolongés, les excès de table, l'abus des boissons; on leur recommandera une vie génitale des plus réglées; et, peut-être dans certains cas, trouvera-t-on quelque avantage à leur conseiller un peu d'hydrothérapie; les grands bains tièdes, amidonnés, sulfureux ou carbonatés, les bains

de siège, les douches générales préconisées déjà par Picard (1), peuvent avoir leur utilité.

Il n'est pas sans importance non plus de s'occuper de calmer les douleurs rectales souvent très intenses dont se plaignent les malades; les différents suppositoires, contenant du camphre, du bromure de potassium, de la belladone, prennent place dans la thérapeutique de la prostatite chronique. Un autre moyen analgésique, et qui a de plus l'avantage d'agir en même temps comme décongestionnant, consiste dans l'usage des grands lavements chauds qui agissent sur la prostate à travers la paroi rectale, la muqueuse intestinale supportant parfaitement de hautes températures. L'action de la chaleur est des plus utiles, mais, pour être efficace, doit durer longtemps; sans aller aussi loin que le Dr Hamonic (2) qui fait couramment à ses malades, à l'aide d'un appareil spécial à deux tubes dont l'un envoie l'eau et l'autre la reprend, des séances de caléfaction de 30 et 40 minutes, on peut prescrire de simples lavements à une température de 45 ou 48° que le malade prendra lentement, et qu'il fera durer environ 10 minutes; on peut, d'autre part, introduire dans ces lavements diverses substances médicamenteuses, telles que du laudanum, du chlorhydrate de morphine.

Ces moyens thérapeutiques peuvent avoir leur utilité, mais il faut avouer qu'en somme, ils sont bien anodins; toutes les autres médications proposées, révulsion sur le périnée, lavages urétraux plus ou moins variés, ne

(1) PICARD. — *Maladies de la prostate*, 1877, p. 145.

(2) Dr HAMONIC. — *Revue clinique d'andrologie et de gynécologie*, 13 février 1902.

nous attarderont pas non plus : les unes sont inutiles, les autres nuisibles. Nous arrivons immédiatement à l'exposé du traitement proprement dit, que l'on peut appeler rationnel, puisqu'inspiré par des considérations pathogéniques.

La première indication thérapeutique, étant donnée la nature de l'affection (Voir Anatomie pathologique) est évidemment d'évacuer le contenu muco-purulent des culs-de-sac glandulaires de la prostate ; et, pour ce faire, se rappelant que la glande n'est séparée du rectum que par l'aponévrose prostatopéritonéale, il est tout naturel que l'on ait songé à agir sur elle à travers la paroi rectale. Le massage de la prostate par le rectum, dont nous avons signalé les promoteurs dans le chapitre que nous avons consacré à l'histoire de la question, constitue donc le premier point du traitement ; il a un double but.

C'est tout d'abord un massage évacuateur consistant en des frictions que l'on ne craindra pas de faire un peu énergiques, autant que la sensibilité de l'organe le permettra, et que l'on pratiquera, suivant les recommandations de Hogge et Albarran, en allant de la périphérie de la glande vers le centre, ce qui permet de suivre la direction des canaux excréteurs ; on fait ainsi écouler par ces canaux les produits sécrétés dans les glandes dilatées, ce que l'on constate fréquemment par l'apparition au méat d'une certaine quantité de liquide blanc jaunâtre.

Ce rôle du massage est purement mécanique, mais il agit de plus en déterminant des contractions fibrillaires dans les éléments musculaires prostatiques, et en modifiant la circulation glandulaire par diminution de

la stase veineuse et augmentation de la circulation artérielle ; résultats bien propres à aider la résorption des exsudats restant encore dans la glande. Ce second but que l'on s'efforce d'atteindre est obtenu, soit par des frictions rectales analogues à celles dont nous parlions plus haut, bien que moins énergiques, soit par l'électrisation, recommandée par Chéron et Moreau-Wolf, Tripier, etc..., et que l'on pratiquera à l'aide de l'appareil de Hogge, ou en se servant du doigtier de Fraundenberg. Cette méthode a l'inconvénient de nécessiter des instruments spéciaux et ne semble pas donner des résultats supérieurs à ceux que l'on peut obtenir par un massage bien fait. Pour cette raison, pensant qu'il faut toujours rechercher la plus grande simplicité, nous avons préféré le massage digital que nous avons pratiqué chez tous les malades dont nous rapportons plus loin les observations, et dont nous allons rapidement décrire le manuel opératoire.

Le malade est placé sur une table « à quatre pattes » ; il a les coudes appuyés sur le plan de la table et se baisse autant qu'il peut. Le médecin, après avoir protégé son index par un doigtier en caoutchouc qu'il enduit de vaseline boriquée ou d'une pommade analogue, l'introduit dans le rectum, la face palmaire en bas.

On commence alors les frictions en allant, comme nous l'avons dit, de la périphérie au centre, et en insistant particulièrement sur les points plus hypertrophiés et plus douloureux, ou plus indurés ; l'énergie des frictions est limitée par la sensibilité de l'organe et l'intensité de la douleur témoignée par le malade. La durée du massage est d'environ trois ou quatre minutes ; cette

durée est toujours suffisante et d'ailleurs, augmentée, rendrait le massage insupportable. Cette pratique est, on le voit, des plus simples et ne nécessite aucune installation spéciale, pas plus qu'aucun des instruments qu'on a créés pour remplacer le doigt du chirurgien, et dont le plus connu est celui de Felecki.

L'indication première du traitement est remplie; il importe maintenant, en suivant toujours les données cliniques, de ne pas oublier l'urètre, dont l'inflammation accompagne toujours celle de la prostate.

Depuis longtemps, on s'est préoccupé de la façon de cautériser l'urètre postérieur chroniquement enflammé, proposant dans ce but des méthodes et des instrumentations diverses.

Les sels de cuivre, la potasse caustique eurent leur heure de succès; mais le nitrate d'argent s'est très rapidement acquis la préférence des cliniciens; c'est suivant l'heureuse expression de Guyon « l'ami des muqueuses ».

Pour le porter au niveau de l'urètre postérieur, on eut d'abord recours à de longues bougies enduites de l'agent médicamenteux; puis, à ce procédé évidemment primitif, succéda l'emploi d'une bougie près du bec de laquelle s'ouvrait une petite cavité destinée à renfermer le caustique que l'on portait exactement, pensait-on, au niveau du point malade. Chaque auteur se faisant un point d'honneur d'avoir son porte-caustiques, nous voyons successivement apparaître les modèles de Hunter, Mercier, Segalas, Lallemand. M. Rochet présente, le 7 mai 1894, à la Société nationale de Médecine, un nouveau porte-crayon permettant de porter le caustique

dans tous les points de l'urètre prostatique, sans crainte pour l'intégrité des parois du canal.

Malgré tous ces perfectionnements, l'emploi des caustiques solides n'est pas d'un usage très répandu ; en 1867, Guyon a communiqué à la Société de chirurgie sa méthode de cautérisation directe de l'urètre postérieur par le nitrate d'argent liquide porté à ce niveau à l'aide de la sonde à boule olivaire, et la vogue immense qu'elle eut en ce moment persiste encore.

Ces instillations assurent, en effet, d'une façon aussi parfaite que possible, la cautérisation de l'urètre prostatique sans léser ses parois ; des expériences pratiquées par Casper (1) sur des chiens et des lapins, il résulte que la solution de nitrate d'argent à 1/50 ne provoque pas dans l'urètre d'eschares, et qu'il ne se produit pas de modifications ayant pour résultat la rétraction cicatricielle de la muqueuse ou de la sous-muqueuse.

Le nitrate d'argent porté dans l'urètre postérieur agit peut-être aussi sur la prostate elle-même, car, ainsi que le fait remarquer Finger (2), le massage peut faire pénétrer l'instillation dans les orifices des canaux excréteurs de la prostate débarrassés des sécrétions qui les obstruaient.

Les craintes inspirées par les instillations tant aux médecins qu'aux malades ne nous semblent donc pas très justifiées. Les résultats fâcheux qui ont pu suivre

(1) CASPER. — Monatsber. der Krankh. d. Harn und Sex. Appar. 1898. vol. III

(2) FINGER. Wiener medicin, Wochensch, 1895, p. 838,

parfois l'emploi du nitrate d'argent paraissent surtout imputables à des solutions trop concentrées. Quant aux douleurs, il est très facile de les supprimer en pratiquant, chez les malades nerveux ou timorés, l'anesthésie préalable à la cocaïne que l'on porte dans l'urètre prostatique de la même façon que le nitrate d'argent. On instille, par exemple, 2 centimètres cubes d'une solution de chlorhydrate de cocaïne à 1/100, et 3 ou 4 minutes après, on pratique l'instillation de nitrate d'argent de la façon suivante.

On utilise l'instrumentation bien simple et bien connue de Guyon. Une sonde à boule olivaire de calibre moyen (n° 15 ou 16) préalablement huilée est introduite dans l'urètre et poussée doucement et lentement, jusqu'à ce que les doigts conducteurs perçoivent un léger ressaut ; la sonde est en place, la boule olivaire se trouve dans l'urètre prostatique. Au pavillon de la sonde, on adapte alors une seringue d'une contenance de 2 ou 4 centimètres cubes, que l'on a remplie d'une solution de nitrate d'argent ; le piston est progressivement enfoncé et l'urètre prostatique reçoit la quantité de caustique voulue. Ceci fait, on retire la sonde et on recommande au malade de rester au repos, couché si possible, et de n'uriner qu'après environ une demi-heure, à moins de douleur trop forte ; nous avons vu d'ailleurs le moyen d'empêcher ces douleurs.

Deux points sont à préciser : le titre de la solution de nitrate, et la quantité qui doit être instillée. Fréquemment on se sert d'une solution à 1/20, dont on instille quelques gouttes, X à XII dans l'urètre postérieur ; c'est cette manière de faire qui a certainement valu aux

instillations leur mauvaise réputation. Nous avons procédé d'une façon toute différente, nous prenons une solution faible de nitrate, c'est-à-dire à $1/100$; cette solution nous sert à la première ou aux premières instillations, suivant les cas; puis nous augmentons et arrivons dans les séances suivantes à $1/50$; cette proportion nous a toujours paru suffisante; une fois seulement nous avons employé la solution à $1/20$ qui a déterminé chez notre malade des douleurs très fortes. Nous instillons à la fois, au lieu de quelques gouttes de caustique, 2 centimètres cubes, ce qui a l'avantage de cautériser l'urètre prostatique en entier; le titre relativement faible des solutions que nous employons nous permet d'agir de la sorte sans déterminer de réactions bruyantes et sans provoquer de douleurs vives.

Tels sont les principaux points de la thérapeutique rationnelle de la blennorrhagie chronique de la prostate; pour résumer et bien fixer les idées nous allons décrire une « séance de traitement » telle que nous la comprenons, avec ses différents temps qui consistent à :

1° Dilater le ou les rétrécissements, celui surtout qui siège au niveau de l'urètre membraneux, à l'aide de la bougie en gomme jusqu'au n° 18 ou 20 de la filière Charrière en prenant soin de ne pas provoquer d'hémorragie.

2° Masser la prostate par le rectum pendant environ une durée de trois minutes.

3° Faire uriner le malade, pour balayer l'urètre prostatique et le débarrasser des sécrétions que le massage vient d'y accumuler. Cette façon de faire nous a toujours paru suffisante et préférable à la méthode des

grands lavages au permanganate de potasse, qui sont difficiles à pratiquer et causent souvent des traumatismes inutiles.

4° Instiller dans l'urètre prostatique 1 ou 2 centimètres cubes d'une solution de nitrate d'argent, à 1/100 pour la première séance, à 1/50 pour les suivantes ; on fait ou non précéder cette instillation, suivant les cas, d'une anesthésie locale au chlorhydrate de cocaïne.

Nous faisons ainsi une séance de traitement tous les deux jours ; le nombre de ces séances est assez variable, souvent 3 ou 4 seulement, parfois 10 et même davantage, sans qu'il soit possible d'en donner toujours une raison bien exacte.

Les résultats que nous avons obtenus sont consignés dans nos observations ; nous ferons simplement remarquer qu'il ne faut pas s'attendre à obtenir toujours des résultats absolument positifs ; à côté de guérisons complètes, on n'a parfois que des améliorations ; quelquefois même, bien que plus rarement, on ne constate pas de modifications appréciables. En tous cas, ce traitement réclame, de la part du médecin et du malade, du temps et de la patience, qui pourraient paraître peu en rapport avec la bénignité apparente des symptômes ; mais, si on se rappelle les complications tant immédiates qu'éloignées que peut déterminer cette affection, on comprend qu'il est de toute nécessité de supprimer par tous les moyens possibles cette menace permanente que constitue pour la vie génitale la blennorrhagie chronique de la prostate.

CHAPITRE VII

Observations

OBSERVATION I (Personnelle)

X..., 37 ans, instituteur.

Première chaudepisse, il y a 15 ans, guérie complètement.

Deuxième chaudepisse, il y a 2 ans, soignée dans les premiers jours par des injections et jamais complètement guérie. Actuellement goutte matinale; pas de douleurs à l'anus, pas d'écoulement de pus par l'urètre pendant la défécation.

Cathétérisme : pas de rétrécissement.

Toucher rectal : Lobe gauche de la prostate hypertrophié, avec, vers la base, un petit noyau induré et douloureux à la pression.

Traitement : massage et instillation de nitrate d'Ag. 1/50.

Guérison complète après la troisième séance.

OBSERVATION II (Personnelle)

X..., 31 ans, fabricant d'accordéons.

Le malade en est à sa 3^e blennorragie qui date de 18 mois.

Etat chronique avec goutte matinale, mictions fréquentes, douleurs à l'anus.

Toucher rectal : Lobe droit hypertrophié et douloureux sans noyaux indurés. Etat neurasthénique très accentué.

Massage et instillation 1/50 et 1/20.

Après la 12^e séance, les occupations du malade ne lui permettent plus de suivre son traitement; l'état est le suivant; la prostate n'est plus ni hypertrophiée, ni douloureuse, mais il y a parfois encore le matin une petite goutte presque transparente.

OBSERVATION III (personnelle)

P. C. Salle Saint-Camille, n° 20.

Le malade en est à sa cinquième blennorrhagie qui date de un an. Goutte matinale, constipation opiniâtre, défécation douloureuse.

Cathétérisme : pas de rétrécissement.

Toucher rectal : prostate uniformément augmentée de volume et douloureuse à la pression.

Après la 9^e séance le malade quitte l'hôpital. Douleur et hypertrophie prostatiques complètement disparues. Une légère goutte le matin de temps en temps.

OBSERVATION IV (personnelle)

B. L. Salle Saint-Alexandre, n° 11.

Une seule blennorrhagie datant de 10 ans qui n'a jamais complètement guéri.

Goutte matinale, mictions douloureuses, constipation.

Cathétérisme : deux rétrécissements, l'un dans l'urètre antérieur, l'autre au niveau de l'urètre membraneux.

Toucher rectal : Lobe droit hypertrophié et douloureux.

On dilate les rétrécissements et on institue le traitement.

Après deux mois de traitement (3 séances par semaine), état stationnaire. Le malade, qui est un tuberculeux, est dirigé sur l'Hôtel-Dieu, où il entre pour tuberculose laryngée.

OBSERVATION V (personnelle)

X..., Salle Saint-Camille, n° 8.

Chaudépisse datant de 18 mois.

Goutte matinale, mictions fréquentes, douleurs à l'anus.

Cathétérisme : léger rétrécissement que l'on dilate.

Toucher rectal : prostate grosse avec noyaux indurés.

Guérison complète en 9 séances.

OBSERVATION VI (personnelle)

J. R., 19 ans, garçon de magasin.

Chaudépisse datant de 3 mois.

Goutte matinale, mictions fréquentes et impérieuses, douleurs à l'anus.

Cathétérisme : léger rétrécissement, que l'on dilate.

Toucher rectal : Lobe droit volumineux et douloureux, non induré.

Guérison complète en 2 séances.

OBSERVATION VII (personnelle)

J. B., 25 ans, jardinier.

Chaudépisse datant de 4 ans.

Goutte matinale, douleurs à l'anus, éjaculation prostatique.

Cathétérisme : pas de rétrécissement.

Toucher rectal : Lobe droit volumineux et très douloureux.

Guérison complète en 6 séances.

OBSERVATION VIII (personnelle)

M. P., 30 ans, formier en chaussures

Chaudépisse de 4 ans.

Goutte matinale, douleurs à l'anus.

Cathétérisme : léger rétrécissement à l'urètre membraneux, dilatation.

Toucher rectal : lobe gauche hypertrophié et douloureux.

Cessation du traitement après la 6^e séance,

La prostate est beaucoup moins volumineuse et n'est plus douloureuse ; une goutte de temps en temps le matin.

OBSERVATION IX (personnelle)

V. M..., 36 ans, manoeuvre.

Deuxième chaudépisse datant de 10 ans.

Goutte matinale, mictions un peu douloureuses ; pas de douleurs à la défécation.

Cathétérisme : pas de rétrécissement.

Toucher rectal : lobe gauche dur et douloureux.

Guérison complète en six séances.

OBSERVATION X (personnelle)

F. T..., 29 ans, terrassier.

Chaudépisse de 9 mois.

Goutte matinale, pas de douleurs à la défécation.

Cathétérisme : léger rétrécissement à l'urètre membraneux ; dilatation.

Toucher rectal : prostate hypertrophiée et très douloureuse.

Guérison complète en quatre séances.

OBSERVATION XI (personnelle)

L. C..., 20 ans, coureur à bicyclette.

Deuxième chaudépisse, datant de 1 an.

Goutte matinale, constipation, douleurs à la défécation.

Cathétérisme : pas de rétrécissement.
Toucher rectal : lobe gauche gros et douloureux.
Guérison complète en trois séances.

OBSERVATION XII (personnelle)

E. T..., 38 ans, marchand ambulant.
Chaudépisse de 8 ans.
Goutte matinale, constipation, douleurs à la défécation.
Cathétérisme : pas de rétrécissement.
Toucher rectal : lobe gauche hypertrophié et dur.
Guérison complète en deux séances.

OBSERVATION XIII (personnelle)

B..., 27 ans, ferblantier.
Chaudépisse de 4 ans.
Goutte matinale, constipation, éjaculation prostatique.
Cathétérisme : pas de rétrécissement.
Toucher rectal : noyau induré et douloureux dans le lobe droit. Cessation du traitement après la huitième séance : le phénomène de l'éjaculation prostatique ne se produit plus, mais le malade conserve toujours une goutte le matin.

OBSERVATION XIV (personnelle)

G. F..., 31 ans, marin.
Chaudépisse de 2 ans.
Goutte matinale; éjaculation prostatique à la fin de la miction.
Cathétérisme : pas de rétrécissement.
Toucher rectal : lobe droit hypertrophié et douloureux.
Guérison complète en neuf séances.

OBSERVATION XV (personnelle)

P. T..., 31 ans, garçon de café.

Chaudépisse de 7 ans.

Goutte matinale, douleurs au périnée.

Cathétérisme : pas de rétrécissement.

Toucher rectal : noyau induré et douloureux dans le lobe droit.

Cessation du traitement après six séances ; il persiste une légère humidité du méat.

OBSERVATION XVI (personnelle)

X..., 43 ans, cafetier.

Chaudépisse de 1 an.

Goutte matinale ; éjaculation prostatique.

Cathétérisme : rétrécissement très marqué au niveau de l'urètre membraneux. Ce rétrécissement est dilaté à deux reprises. Le malade est très neurasthénique.

Toucher rectal : prostate grosse et douloureuse.

Cessation du traitement après la sixième séance ; disparition de l'écoulement au moment de la défécation, mais persistance d'une légère goutte le matin.

OBSERVATION XVII (inédite)

(due à l'obligeance de M. le Dr CARLE, ancien chef de clinique à l'Antiquaille)

V. L..., salle Saint-Alexandre, n° 7.

Deuxième chaudépisse datant de 8 mois.

Phénomènes douloureux à la miction.

Prostate non hypertrophiée, mais douloureuse.

Massage et instillations : 1/50^e et 1/20^e.

Guérison complète en trois semaines, neuf séances.

OBSERVATION XVIII (inéдите, D^r CARLE)

R. L..., étudiant.

Chaudépisse de 11 mois.

Douleurs au début de la miction, rétrécissement marqué.

Prostate peu hypertrophiée, mais nettement douloureuse.

Guérison complète en six séances.

OBSERVATION XIX (inéдите, D^r CARLE)

O. E..., dessinateur.

Deuxième chaudépisse datant de 6 mois.

Rétrécissement, hypertrophie du lobe gauche de la prostate.

Guérison en huit séances.

OBSERVATION XX (inéдите, D^r CARLE)

M. C..., salle Saint-Alexandre.

Cinquième urétrite datant de 4 mois.

Prostate grosse et douloureuse.

Guérison complète en sept séances. Le malade a été revu trois mois après, il n'avait plus jamais présenté aucun signe.

OBSERVATION XXI (inéдите, D^r CARLE)

O. D..., employé de commerce.

Vieille urétrite; hypertrophie du lobe gauche de la prostate.

Guérison en huit séances.

OBSERVATION XXII (CASTAN, de Béziers)

(*Presse Médicale*, 28 octobre 1899, p. 255)

Officier de 26 ans, à la suite d'une blennorragie de 4 ans, éprouva de la fréquence des mictions et de la pesanteur à l'anus. A la suite du massage de la prostate, le dernier verre d'urine montrait une notable quantité de pus; en l'absence du massage, les urines étaient limpides, avec quelques filaments.

La guérison a été obtenue par la dilatation combinée au massage quotidien de la prostate, et par des instillations de protargol et d'eau oxygénée.

OBSERVATION XXIII (CASTAN, *ibid.*)

Jeune homme de 20 ans, atteint de prostatite chronique avec symptôme de neurasthénie très avancée.

Défilé prostatique très étroit; bas-fond vésical et vessie à musculature très affaiblie.

Le traitement local a raison de la prostatite, sans diminuer le volume de la prostate, mais l'état neurasthénique reste le même.

OBSERVATION XXIV (AUBRY)

(Thèse de Paris, 1899)

H. H..., médecin.

Deuxième blennorrhagie datant de un an.

Goutte matinale sans gonocoque.

Prostate augmentée de volume, dure, sensible à la pression.

Massage quotidien et instillations de protargol 1/100^e.

Guérison complète en dix-huit jours; la goutte du matin a disparu, la prostate n'est plus douloureuse.

OBSERVATION XXV (AUBRY, *ibid.*)

Blennorrhagie de 6 mois.

Goutte matinale; prostate douloureuse, peu saillante; le massage fait sortir par l'urètre un peu de liquide.

Massage quotidien. Guérison en quinze jours.

OBSERVATION XXVI (D^r DE KEERSMAECKER)

(*Annales de la Société belge de Chirurgie*, 15 avril 1895)

Homme marié, 36 ans.

Blennorrhagie de 3 ans.

Goutte matinale, filaments dans les urines, coït douloureux.

Prostate gonflée, douloureuse.

Massage et instillations de nitrate d'argent 1/100°.

Guérison complète.

OBSERVATION XXVII (KEERSMAECKER, *ibid.*)

Jeune homme, 30 ans. Excès de masturbation dans le jeune âge.

Deux blennorrhagies, l'une à 17 ans, l'autre à 20 ans.

Goutte matinale. Coït douloureux.

Toucher : Prostate augmentée de volume avec noyaux indurés ; lobe gauche douloureux.

Massage quotidien avec instillations de Guyon.

Guérison complète ; disparition de la goutte et des douleurs.

OBSERVATION XXVIII (SCHLIFKA)

(*Wiener Mediz. Woch.* 1893, p. 908)

E. S..., conducteur.

Ne peut préciser l'époque de sa blennorrhagie.

Urétrite postérieure. Mictions fréquentes et douloureuses obligeant le malade à se lever la nuit.

Lobe droit de la prostate hypertrophié et douloureux.

Après la 6^e séance de massage, le nombre des mictions est redevenu normal ; les douleurs ont disparu.

On continue le massage une fois par semaine ; amélioration très considérable.

OBSERVATION XXIX (SCHLIFKA, *ibid.*)

V. M..., 34 ans, serrurier.

Gonorrhée depuis 6 ans. Remarque depuis 5 ans après chaque miction et chaque défécation, une certaine quantité de sérosité filante à l'extrémité de l'urètre.

Les deux lobes prostatiques sont gros, de consistance molle, un peu douloureux ; la pression à leur niveau fait sourdre au méat une certaine quantité de sérosité.

Après la 9^e séance, le malade ne remarque plus rien après la miction, ni après la défécation.

OBSERVATION (XXX (SCHLIFKA, *ibid.*)

Karl Sch., 22 ans, employé.

Chaudépisse de 5 ans. Mictions très douloureuses et fréquentes (25 par jour, 5 à 6 par nuit). Prostatorrhée.

Lobe droit de la prostate hypertrophié, très douloureux.

Après la 12^e séance, le malade n'urine plus que 9 fois par jour ; la sécrétion prostatique n'apparaît plus qu'à la pression.

Amélioration de plus en plus marquée ; le malade interrompt son traitement et on le perd de vue.

OBSERVATION XXXI (SCHLIFKA, *ibid.*)

D. T..., juriste, 30 ans.

Chaudépisse de deux ans. Epididymite. Prostatorrhée.

Lobe gauche douloureux, lobe droit hypertrophié.

Le massage fait sourdre au méat quelques gouttes d'un liquide laiteux.

Le malade se trouve très bien des séances de massage ; les douleurs disparaissent, la sécrétion diminue.

OBSERVATION XXXII (D^r Ali KRÖGIUS)

(*Ann. gén. ur.* 1898)

M. B..., 54 ans.

A eu dans sa jeunesse plusieurs blennorrhagies.

En 1896, nouvelle blennorrhagie qui passe à l'état chronique.

De temps en temps, après la défécation, écoulement par l'urètre de quelques gouttes d'un liquide visqueux jaunâtre.

Prostate grosse et de consistance ferme.

Massages quotidiens, suivis d'instillations au nitrate d'argent. Guérison en un mois.

OBSERVATION XXXIII (MENAHEM HODARA)

(Ann. gén. ur. 1898, p. 1018)

Blennorragie chronique de 7 ans, avec complications prostatiques toujours passées inaperçues.

Pas de douleurs à la miction ni à la défécation.

Goutte matinale ; filaments dans l'urine.

La sécrétion prostatique provoquée par la pression du côté du rectum montre des gonocoques.

Guérison en 4 mois par les massages quotidiens.

OBSERVATION XXXIV (MENAHEM HODARA, *ibid.*)

Blennorragie chronique de 4 ans ; pas de douleurs.

Goutte et filaments dans les urines ; gonocoques.

Guérison en 3 mois par les massages quotidiens.

OBSERVATION XXXV (MENAHEM HODARA, *ibid.*)

Blennorragie de 4 mois.

Prostatite glandulaire à sécrétion abondante ; absence à peu près complète de symptômes.

Guérison en 6 semaines.

CONCLUSIONS

I. — Dans la plupart des cas, la chronicité de la blennorrhagie est due à la participation de la prostate, chroniquement enflammée à la suite de l'urétrite postérieure.

II. — Aussi, chez tout malade atteint de goutte militaire, est-il nécessaire d'examiner soigneusement la prostate par le toucher rectal, et d'en apprécier la forme et la sensibilité.

III. — Si le résultat est positif, on instituera de suite le traitement local, comprenant une séance de massage précédé de lavage et dilatation, s'il est utile, suivi d'une instillation au nitrate d'argent, avec ou sans cocaïne préalable.

VU :

Le Président de la thèse,
GAILLETON.

VU :

Pour le Doyen, l'Assesseur,
A. LACASSAGNE.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 2 Décembre 1902.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,
GABRIEL COMPAYRÉ.

BIBLIOGRAPHIE

ALBARRAN. — Article prostatite. *Traité de Chirurgie de*
L. Dentu et Delbet.

AUBRY. — Thèse de Paris, 1899.

CARLE. — Traitement de la goutte militaire. *Lyon Médical*,
1^{er} et 8 décembre 1901.

CASPER. — *Berl. Klin. Wochenschr.*, 1900, n° 22, p. 482.

— — Monatsber. der Krankts. d. Harn-u-sex. Appar.
1898, vol. III.

CASTAN. — *Presse Médicale*, 28 octobre 1899.

CIVIALE. — *Traité des Maladies Génito-Urinaires*, t. II, p. 329.

COHN. — Centralblatt für Harn-u-sex. Org. 1898, p. 229.

DENIAU. — Thèse de Paris, 1865.

FELECKI. — Centralblatt für Harn-u-sex. Org. 1895.

FINGER. — Centralblatt für Harn-u-sex. Org. 1893, p. 117.

— Archiv für Derm-u-Syph. 1898.

— *Wiener Medicin, Wochenschr.*, 1895.

GUÉPIN. — *Tribune Médicale*, 1900.

— *Presse Médicale*, 31 mai 1899.

HAMONIC. — *Revue Clinique d'andrologie et Gynécologie*, 13 Février 1902.

HUGOUNENQ et ERAUD. — *Lyon Médical*, 24 mars 1901.

KEERSMAECKER. — *Annales de la Société Belge de Chirurgie*, 15 avril 1895.

MENAHM HODARA. — *Ann. gén. ur.* 1898, p. 1018.

MONTAGNON. — Fréquence des localisations prostatiques dans la blennorrhagie (Mémoire lu à la Société des Sciences Médicales de Lyon).

PICARD. — *Maladies de la Prostate*, 1877.

SCHLIFKA. — *Wiener medicinische Woch.*, 1893.

WITANOF. — *Thèse de Paris*, 1896.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
INTRODUCTION.....	7
CHAPITRE PREMIER. — Historique.....	9
— II. — Etiologie.....	13
CHAPITRE III. — Anatomie pathologique et bactériologie.....	19
CHAPITRE IV. — Symptômes.....	25
— V. — Diagnostic et Pronostic.....	31
— VI. — Traitement.....	37
— VII. — Observations.....	47
BIBLIOGRAPHIE.....	61
